

I PROBLEME

La dépression et l'anxiété se présentent régulièrement chez les personnes en hospice ou dans un environnement de soins palliatifs. Environ un tiers des personnes dans des contextes palliatifs présentent des signes de dépression. L'anxiété se présente encore plus souvent et peut réduire la tolérance à la douleur ou à d'autres symptômes désagréables. Si la personne est en fin de vie, certains problèmes non résolus du passé peuvent resurgir. Il est donc important de faire traiter dans la mesure du possible les personnes souffrant d'anxiété et de dépression par l'équipe soignante clinique.

Dans le contexte des soins palliatifs, les symptômes de la dépression se présentent souvent dans le cadre de l'affection physique. La dépression et l'anxiété peuvent alors être considérées comme une réaction normale à la maladie en phase terminale. Il est important que la personne et la famille sachent que les sentiments de tristesse, de perte et de deuil peuvent être réduits par le traitement. Si l'on ne décèle pas et ne traite pas les troubles de l'humeur, cela peut entraîner une détérioration de la qualité de vie de la personne ainsi que de sa famille et de ses amis proches.

Les personnes dépressives peuvent présenter des symptômes physiques contre lesquels il est difficile de lutter. Par exemple, la dépression et l'anxiété se présentent souvent chez des personnes qui souffrent, qui sont essouffées et qui présentent des symptômes gastro-intestinaux (vomissements, nausées, etc.). La dépression est un important facteur de risque pour le suicide et l'automutilation. Chez les personnes en phase terminale aussi, la dépression non traitée coïncide avec une moindre volonté de survivre et une mauvaise qualité de vie. Ces symptômes liés à l'humeur peuvent empêcher de discuter de toutes les options de soins et avoir pour effet que les préparations à la fin de vie ou les entretiens sur les préférences de traitement soient évités.

OBJECTIFS DE SOINS GENERAUX

- Identifiez et traitez toute menace immédiate pour l'état d'esprit du patient par rapport à lui-même et aux autres.
- Identifiez et traitez toutes les affections sous-jacentes qui ont éventuellement entraîné ou contribué à l'état d'esprit.
- Améliorez le bien-être psychologique de la personne pour l'impliquer dans les décisions relatives à la fin de vie.

II ACTIVATION CAP

☐ ACTIVE : PLUSIEURS SYMPTOMES PRESENTS

Ce groupe comprend les personnes qui présentent au moins deux des symptômes suivants :

- Peu de plaisir un ou plusieurs jours
- Anxiété un ou plusieurs jours
- Tristesse un ou plusieurs jours
- Déclare vouloir mourir

□ **ACTIVE: UN SEUL SYMPTOME PRESENT**

Ce groupe comprend les personnes qui ne présentent qu'un seul des symptômes ci-dessus.

□ **NON ACTIVE**

Ce groupe comprend les personnes qui ne présentent aucun des symptômes ci-dessus.

III DIRECTIVES

Aperçu de l'approche d'une personne présentant un trouble de l'humeur

- **Evaluation initiale et stabilisation** : il existe plusieurs degrés des troubles de l'humeur, allant de l'inoffensif au mortel (suicide). L'un des principaux objectifs de l'évaluation initiale consiste à déterminer si le patient présente des symptômes de grave trouble de l'humeur qui pourrait lui porter préjudice personnellement ou porter préjudice à autrui. Il convient que les symptômes de dépression et d'anxiété soient observés durant l'évaluation initiale et que l'on accorde de l'attention à ces symptômes.
- **Déterminer la nature du trouble de l'humeur** : de nombreux facteurs peuvent influencer sur le développement de symptômes d'un trouble de l'humeur chez des patients qui reçoivent des soins palliatifs : douleur incessante, essoufflement, conscience de la gravité de l'état médical, crainte d'être abandonné et de devenir une charge pour les autres. Parfois, ces symptômes peuvent aussi être un effet secondaire du traitement. Le choix d'un traitement adapté repose surtout sur l'évaluation des facteurs qui contribuent au trouble de l'humeur.
- **Traitement et contrôle** : souvent, le traitement du trouble de l'humeur comporte une approche efficace d'un autre symptôme, comme la douleur ou l'essoufflement. Il convient de déterminer si les autres traitements que suit le patient sont préjudiciables à ce niveau. Cela peut par exemple être le cas si l'on a un long chemin à faire jusqu'au centre de traitement. De telles exigences peuvent entraîner la dépression.

Evaluation initiale

- **Saisissez tous les symptômes du trouble du sommeil** : l'évaluation PC interRAI initiale étudie chaque indication de troubles de l'humeur. La personne indique-t-elle se sentir triste ? La personne est-elle en mesure de vivre des moments plaisants dans sa vie ? La personne s'intéresse-t-elle aux activités habituelles ? La personne se sent-elle lasse à l'idée de participer à des activités ? La personne rencontre-t-elle des difficultés à se concentrer ? La personne peut aussi exprimer qu'elle se sent inutile ou coupable ou qu'elle a l'impression d'être une charge pour sa famille. La personne demande parfois à un membre de l'équipe soignante, à un ami ou à la famille de l'aider à se suicider.

Des signes objectifs de troubles de l'humeur peuvent aussi être présents. Il se peut par exemple que la personne pleure ou semble triste tout le temps. Un membre de la famille ou le prestataire de soins peut observer ce changement d'humeur. Pour les personnes présentant un déclin des capacités cognitives, une évaluation plus détaillée peut être nécessaire.

On doit aussi accorder de l'attention aux symptômes non physiques, comme la solitude.

Déterminer la nature du trouble de l'humeur.

- **Examinez la fiche de traitement du patient pour déceler les médicaments pouvant être liés aux changements d'humeur.**
 - De nombreux médicaments, sur prescription ou non, peuvent entraîner des troubles de l'humeur. Veillez à ce que les médicaments du patient soient contrôlés par un pharmacien ou un médecin. Lors de cette évaluation, il convient de surtout faire attention aux éléments suivants : 1) le patient prend-il un médicament causant ou pouvant intensifier les troubles de l'humeur et 2) la dose recommandée de l'antidépresseur prescrit est-elle une dose thérapeutique ?
 - Le patient prend-il de nouveaux médicaments ou la dose d'un certain médicament a-t-elle été modifiée ? Vérifiez combien de temps s'est écoulé entre la modification du traitement et l'apparition des symptômes.
 - Le patient prend-il des médicaments pouvant causer des troubles de l'humeur ? De nombreux médicaments sont liés aux troubles de l'humeur. S'il est question de troubles de l'humeur, consultez le médecin pour changer de dose ou de médicament.
 - L'arrêt de chaque médicament spécifique pourrait être lié à un trouble de l'humeur.
 - Certains remèdes naturels peuvent aussi avoir un impact positif ou négatif sur les émotions et l'humeur.

- **Existe-t-il un lien entre le développement d'un trouble de l'humeur et un changement de l'état médical du patient ? Vérifiez la présence des éléments suivants :**
 - Délire : un délire peut ressembler à une dépression, mais se distingue par la présence d'un niveau de conscience variable et un retard cognitif récent ou aggravé.
 - Infection : examinez si le patient présente des symptômes d'infection, comme de la fièvre, une mauvaise odeur, des urines troubles, un essoufflement.
 - Douleur : même les formes douces de douleur peuvent entraîner une dépression si elles sont présentes continuellement.
 - Les changements dans l'état fonctionnel : les patients présentent souvent une perte significative du fonctionnement physique durant les semaines précédant le décès, ce qui peut aussi coïncider avec la dépression et l'anxiété. Des problèmes de déglutition et la peur d'étouffer peuvent aussi entraîner des soucis.

- **Existe-t-il un lien entre le développement d'un trouble de l'humeur et des changements psychosociaux ?**
 - Est-il question d'un récent changement lié à l'environnement (ex. déménagement de la maison vers un autre cadre) ?

- Est-il question d'un récent changement relationnel (ex. maladie ou décès d'un membre de la famille ou d'un ami ou un membre de la famille qui part habiter loin) ?
- La personne a-t-elle récemment été informée de sa maladie ou de son pronostic vital ?
- **Décrivez le déroulement du trouble de l'humeur**
 - Le changement d'humeur a-t-il été soudain ou progressif ?
Remarque : les troubles de l'humeur se développent rarement d'un jour à l'autre, de sorte que des symptômes soudains peuvent indiquer une affection médicale aiguë ou un délire.
 - Le trouble de l'humeur est-il constant ou l'humeur varie-t-elle plutôt d'un extrême à l'autre ?
- **Le patient présente-t-il des antécédents d'un certain trouble de l'humeur ?**
 - Existe-t-il un rapport concernant un trouble de l'humeur diagnostiqué plus tôt ou un traitement ? Si oui, quels sont les traitements qui ont été proposés et ont-ils eu les résultats escomptés par le passé ?
 - Le traitement d'un trouble de l'humeur a-t-il récemment été modifié ou interrompu ?
 - Les changements d'humeur doivent toujours être rapportés au médecin responsable.
- **Dans quelle mesure le trouble de l'humeur a-t-il un impact sur la famille ?**
 - Les membres de la famille sont-ils en mesure de traiter les troubles de l'humeur ou montrent-ils des signes de stress ?
 - Les membres de la famille ont-ils le sentiment d'offrir le support nécessaire pour traiter la situation actuelle ?
 - Les membres de la famille sont-ils inquiets quant aux changements futurs qui auront lieu ?
 - Envisagez une thérapie ou d'autres interventions psychosociales pour aborder les causes et les conséquences du stress dans la famille.
 - Vérifiez quel est le soutien apporté au patient et renforcez ce soutien si nécessaire.
 - Envisagez des interventions éducatives pour apprendre à la famille comment traiter les symptômes de l'anxiété et de la dépression. Certains points de discussion :
 - Bien que le deuil soit une composante naturelle de la mort, la dépression clinique peut être abordée moyennant une intervention adaptée. L'accompagnement de la mort peut être utile aussi bien pour le patient que pour la famille.

- Les membres de la famille vont souvent rechercher un soutien pour pouvoir gérer leurs émotions.
- Encouragez les membres de la famille à se rappeler des souvenirs heureux lorsqu'ils rendent visite au patient.
- Les médicaments peuvent présenter des avantages, mais ils peuvent aussi avoir un effet négatif sur la qualité ou l'espérance de vie du patient.

Traitement et contrôle

- **Le patient déclare qu'il veut immédiatement mourir** : dans ce cas, une consultation médicale doit immédiatement avoir lieu. Il est important de se concerter avec le patient et avec les prestataires de soins informels. Le désir de mourir est souvent causé par des symptômes incontrôlables, comme la douleur, l'essoufflement, et le sentiment que l'on est une charge pour les autres.
- **Interventions non médicamenteuses** : envisagez des interventions non médicamenteuses, outre l'utilisation d'antidépresseurs et d'anxiolytiques :
 - Les groupes de soutien et d'interaction individuels, parmi lesquels les visites pastorales et des travailleurs sociaux, peuvent atténuer la dépression chez les mourants en parlant de thèmes comme le fait de profiter de la vie tout en étant malade, aborder les sentiments et s'inquiéter de sa famille.
 - Pour les personnes qui ne mourront pas dans un avenir proche, la réhabilitation peut aider à améliorer les capacités fonctionnelles (ex. accessoires mobiles, stratégies de préservation de l'énergie, physiothérapie).
 - Les techniques de relaxation peuvent aider à traiter les symptômes dépressifs et l'anxiété.
- **Contrôle** : les effets secondaires (comme les troubles du sommeil, le délire, la constipation grave, la rétention d'urine) des traitements pharmaceutiques et autres doivent être contrôlés. Rapportez si nécessaire ces observations au médecin et à d'autres cliniciens.

Autres considérations

- Certaines personnes dépressives et qui reçoivent des soins palliatifs peuvent bénéficier d'une évaluation psychiatrique d'un expert. De nombreux patients peuvent être évalués par un clinicien qui prodigue des soins palliatifs. Traiter la dépression ou l'anxiété fait partie de la norme prévue pour de bons soins palliatifs. Une communication ouverte entre l'équipe soignante, les prestataires de soins informels et le patient lui-même est essentielle.
- Les symptômes somatiques d'un trouble de l'humeur (par exemple la perte d'appétit) se présentent régulièrement chez les personnes souffrant d'une maladie en phase terminale et chez les patients qui subissent des traitements invasifs, comme la chimiothérapie. Ces symptômes peuvent être abordés avec des traitements décrits ailleurs (cf. CAP fatigue, troubles du sommeil, sous-alimentation).

- Certaines interventions non médicamenteuses peuvent être très utiles. Il peut être très important en fin de vie de pouvoir aider le patient à conserver sa dignité. Bien que la dignité soit importante à toutes les phases de la vie, les personnes qui approchent de leur fin de vie peuvent être très vulnérables si elles perdent leur dignité. Le but est de pouvoir donner au patient l'occasion d'avoir un but et un sens dans sa vie.

SOURCES COMPLEMENTAIRES

Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ, Dudgeon D. 2009. Will to live in the terminally ill. *Lancet* 354: 816-819.

Irwin SA, Sanjai R, Bower K, Palica J, Sanjay R, Maglione JE, Soskins M, Betterton AE, Ferris FD. 2008. Psychiatric Issues in Palliative Care: Recognition of Depression in Patients Enrolled in Hospice Care. *Journal Palliative Medicine* 11(2): 158-163.

Lloyd-Williams M. 2001. Screening for Depression in Palliative Care Patients: a review. *European Journal of Cancer Care* 10(1): 31-35.

Lyne KJ, Moxon S, Sinclair I, Young P, Kirk C, Ellison S. 2006. Analysis of a Care Planning Intervention for Reducing Depression on Older People in Residential Care. *Journal of Aging and Mental Health* 10(4): 394-403.

Morita TM, Yukihiro S, Kei H, Satoru T, Yasuo S. 2004. Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient. *Journal of Pain and Symptom Management* 27: 44-52.

Mystakidou K, Rosenfeld B, Parpa E, Katsouda E, Tsilika E, Galanos A, Vlahos L. 2005. Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pain. *General Hospital Psychiatry* 27: 258-262.

Smith EM, Gomm SA, Dickens CM. 2003. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine* 17(6):509-513.

Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, O'Shea F, Kuhl D, Fainsinger RL, Clinch JJ. 2007. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of pain and symptom management* 33:118-129.

Auteurs

Trevor F. Smith, PhD

Terry Rabinowitz, MD

John P. Hirdes, PhD

John N. Morris, MSW, PhD

Shannon Stewart, PhD

Cortney Constantino, BA

Knight Steel, MD